

².. A randomized controlled trial evaluating resection of the primary breast tumor in women presenting with de novo stage IV breast cancer / A. Soran [et al.] // J Clin Oncol. – 2016. – Vol. 34S. – P. 1005.

3. A prospective analysis of surgery and survival in stage IV breast cancer (TBCRC 013) / T. A. King [et al.] // J Clin Oncol. – 2016. – Vol. 34S. – P. 1006.

4. Locoregional treatment versus no treatment of the primary tumour in metastatic breast cancer: an open-label randomised controlled trial / R. Badwe [et al.] // Lancet Oncol. – 2015. – Vol. 16. – P. 1380.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АГАСТРАЛЬНОГО СИНДРОМА

Лысов А.И., Луд Н.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Рак желудка занимает четвёртое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республике Беларусь. За последние 10 лет пятилетняя выживаемость увеличилась, вследствие этого возрастают требования к качеству жизни пациентов, перенесших гастрэктомию [1, 5, 7, 8].

Удаление желудка и «выключение» из пищеварения двенадцатиперстной кишки приводит к развитию постгастрэктомического синдрома. Частота его колеблется от 5-10% до 30% [3, 4].

Целью данного исследования является возможность восстановления нарушенных анатомических путей в пищеварительном тракте и утраченных физиологических функций у пациентов, перенесших гастрэктомию по поводу рака с еюногастропластикой (ЕГП) по Захарову в нашей модификации.

Материал и методы. В течение 1999-2016 гг. выполнена еюногастропластика (ЕГП) 80 пациентам, перенесшим гастрэктомию. У пациентов 1-й группы (n=12) выполнен реконструктивный этап - еюногастропластика по Захарову. Во 2-й группе (n=68) проведена реконструкция по Захарову с формированием серозно-мышечного клапана по разработанной методике [3]. Серозно-мышечный сфинктер формировали путём поперечного рассечения стенки до подслизистого слоя тонкокишечного трансплантата в 5 см проксимальнее еюнодуоденоанастомоза. Место рассечения ушивали серозно-мышечными швами, отступив по 1 см от краёв рассечения. Тонкокишечный трансплантат длиной 15-20 см выкраивали, отступив 40 см от дуоденоеюнального изгиба.

Эзофагоеюноанастомоз формировали по Березкину – Цацаниди; еюнодуодено- и еюноеюноанастомоз ушивали однорядными узловатыми швами (рис. 1).

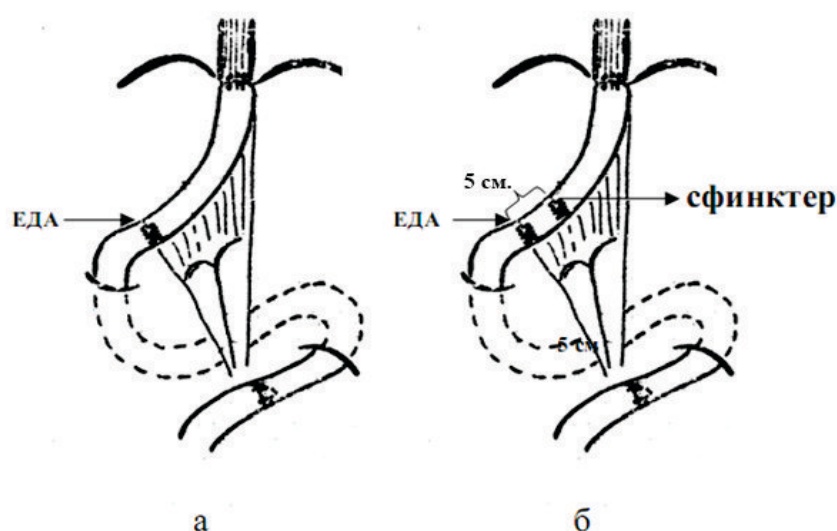


Рисунок 1 – Типы гастропластики: а - еюногастропластика по Е.И. Захарову; б - еюногастропластика с формированием серозно-мышечного сфинктера в нашей модификации.

Проведен анализ качества жизни пациентов, перенесших гастрэктомию с еюногастропластикой по Захарову в нашей модификации в сроки 5 лет – 31 пациент; 10 лет – 12, 15 лет – 6 пациентов; с реконструкцией по Ру – 27 пациентов; эзофагодуоденоанастомозом – 14 пациентов в сроки 5 и более лет.

Пациентам предлагали заполнить модифицированную анкету Европейской организации по исследованию и терапии рака (EORTC).

Качество жизни оценивали по индексу качества (ИК):

- неудовлетворительное – менее 13 баллов;
- удовлетворительное -14 – 19 баллов;
- хорошее – 20 - 25 баллов.

Таблица оценки качества жизни:

Название операции	Продолжительность жизни	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно	Всего
Еюногастропластика	5 лет	1 (3,2%)	18 (58%)	11 (35,4%)	1 (3,2%)	31 (100%)
	10 лет	3 (26%)	6 (50%)	3 (25%)	-	12 (100%)
	15 лет	-	6 (100%)	-	-	6 (100%)
Ру-реконструкция	5 лет и более	-	4 (14,8%)	16 (59,3%)	7 (25,9%)	27 (100%)
ЭДА	5 лет и более	-	4 (28,6%)	7 (50%)	3 (21,9%)	14 (100%)

Из таблицы следует, что через 5 лет после гастрэктомии с еюногастропластикой в нашей модификации ИК хороший и отличный у 61,2% пациентов, удовлетворительный у 35,4%; через 10 лет после операции

ИК свидетельствует о более высокой оценке качества жизни (хороший и отличный ИК у 76% пациентов); через 15 лет у всех 6 пациентов ИК жизни хороший, что по субъективной оценке свидетельствует о более высоком качестве жизни в сравнении с пациентами после гастрэктомии с реконструкцией по Ру и ЭДА.

Выводы. Применение еюногастропластики в нашей модификации позволяет обеспечить пациентам достаточно высокий уровень качества жизни, повышающийся с течением времени, поэтому представляется целесообразным рекомендовать данную операцию к применению в практике специализированных лечебных учреждений.

Литература:

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований : сб. науч. ст. – Минск : Проф. изд., 2012. – Вып. 2. – 508 с.
2. Оперированный желудок; анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования / Г. К. Жерлов [и др.] // Новосибирск : Наука, 2002. – 240 с.
3. Лысов, А. И. Хирургическая коррекция агастрального синдрома / А. И. Лысов, Н. Г. Луд // Онкол. журн. – 2007. – № 3. – С. 13–16.
4. Мармыш, Г. Г. Профилактика и хирургическая коррекция основных патологических синдромов оперированного желудка при язвенной болезни / Г. Г. Мармыш : автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – Гродно, 2000. – 42 с.
5. Рычагов, Г. П. Демпинг – синдром, способы его прогнозирования и профилактики / Г. П. Рычагов // Материалы XXIII Пленума правления о-ва белорус. хирургов. – Гродно, 1999. – С. 79–80.
6. Черноусов, А. Ф. Хирургия рака желудка / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов, Ф. А. Черноусов. – М. : Издат., 2004. – 336 с.
7. *Evaluation of reconstruction after proximal gastrectomy: prospective comparative study of jejunal interposition and jejunal pouch interposition* / T. Iwata [et al.] / *M. Hepatogastroenterology*. – 2006;53:301–303.
8. Surgical treatment and prognosis of gastric cancer in 2 613 patients / X.F. Zhang [et al.] // *World J Gastroenterol*. – 2004. – Vol. 10, № 23. – P. 3405–3408.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ УЗ «ВГК БСМП»

Никитина Е.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Количество деструктивных форм панкреатита из года в год неуклонно растет. На их долю приходится 15-25% всех случаев острого панкреатита [1]. Высокий уровень летальности (40%) характеризуется двумя пиками: 1 – первые 7-8 суток от начала заболевания, связан с развитием